

TCC X DOC

(La Terapia Cognitivo-Comportamentale per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo)

La psicoterapia cognitivo-comportamentale è una delle più diffuse psicoterapie per la terapia di diversi disturbi psicopatologici, in particolare dei disturbi dell'ansia e dell'umore.

1. Il termine **cognitivo** si riferisce a tutto ciò che accade nella mente, a tutti i processi mentali, come i sogni, l'attenzione, la memoria etc.
2. Il termine **comportamentale** si riferisce a tutto ciò che facciamo. Il comportamento può comprendere azioni (guidare) o anche non azioni (pensare). Terapia si riferisce a insiemi di approcci per combattere problemi fisici o mentali.

Rappresenta lo sviluppo e l'integrazione delle terapie comportamentali e di quelle cognitive, e si pone in una posizione di sintesi degli approcci neo-comportamentisti, della REBT (Rational-Emotive Behavior Therapy) di Albert Ellis e della terapia cognitiva classica di Aaron Beck, di cui cerca di integrare i principali aspetti funzionali.

Tale psicoterapia si basa sul cosiddetto "**Modello A-B-C**", (Antecedence-Belief-Consequence).

- In questo modello "**Antecedence**" rappresenta la **condizione in cui il soggetto percipiente si trova antecedentemente all'insorgere del comportamento problema** "consequence" (es. attacco di panico).
- "**Belief**" rappresenta la **credenza, convinzione, idea o immagine mentale in seguito alla quale si produce il comportamento problema**.
- Spesso gli individui, nella loro esperienza quotidiana, passano dallo stato "antecedence" direttamente a "consequence" senza la consapevolezza dei loro "beliefs" i quali scatenano una reazione psicofisiologica, emotiva o comportamentale problematica, spesso incomprensibile e inaspettata.

L'obiettivo del terapeuta cognitivo-comportamentale è di ridurre il comportamento di evitamento, **facilitare un reframing cognitivo (ristrutturazione cognitiva) ed aiutare il paziente a sviluppare abilità di coping (la capacità di fronteggiare certe situazioni)**.

Per raggiungere questi obiettivi, una delle tecniche principali consiste nell'esposizione sistematica del paziente alla situazione temuta, per comprenderla ed indagarla "sul campo". Quindi con questa terapia risulta possibile monitorare l'influenza dell'ambiente a fini correttivi, attuando una sorta di retroazione (feedback).

Questo può comportare:

- **Ristrutturare credenze "false" o auto-lesionistiche**
- **Sviluppare l'abilità di parlare a sé stessi in modo positivo (self-talk positivo)**
- **Sviluppare la capacità di sostituzione di pensieri negativi**
- **Desensibilizzazione sistematica** (usata principalmente per l'agorafobia e le fobie specifiche)
- **Fornire conoscenze specifiche al paziente che lo aiuteranno a fronteggiare le situazioni** (per esempio se qualcuno soffre di attacchi di panico, gioverà l'informazione che le palpitazioni in sé stesse, anche se rapide e prolungate, sono del tutto innocue).

Al contrario delle prescrizioni mediche, **l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale dipende da vari fattori soggettivi, come la competenza del terapeuta e la convinzione del soggetto**.

Oltre alla terapia convenzionale svolta "in studio", tale indirizzo di psicoterapia prevede spesso **anche dei compiti cognitivo-comportamentali che i pazienti possono svolgere a casa come parte integrante della loro terapia (i cosiddetti "Homeworks")**.

Ansia, depressione, rabbia, colpa, vergogna, sono **emozioni** che proviamo quotidianamente. Quando le emozioni sono troppo intense o durature rispetto alla situazione nella quale ci troviamo, possiamo considerare l'eventualità di avere un **problema emotivo**.

Per esempio, se una discussione con qualcuno ci fa star male per alcuni giorni, se piccoli difetti nelle cose che facciamo ci fanno sentire delle nullità, se compiere attività quotidiane, come fare la spesa o

parlare con i colleghi di lavoro, genera un'ansia intollerabile, siamo probabilmente di fronte ad un disagio psicologico che può richiedere un **intervento professionale**.

La Psicologia, fin dagli albori, si è occupata dei problemi emotivi con risultati non sempre entusiasmanti. Soltanto in questi ultimi anni possiamo realmente affermare di possedere una serie di procedure rigorose e scientificamente valutabili (e valutate!) per il loro trattamento. Un più efficace approccio alla gestione dei problemi emotivi coincide con la comparsa e la diffusione, nel mondo della psicologia, del **modello cognitivo comportamentale** negli anni Sessanta.

Tale modello postula una complessa relazione tra emozioni, pensieri e comportamenti, sottolineando come molti dei nostri problemi (tra i quali quelli emotivi) siano influenzati da ciò che facciamo e ciò che pensiamo nel presente, qui ed ora.

Questo vuol dire che agendo attivamente ed energicamente sui nostri pensieri e sui nostri comportamenti attuali, possiamo liberarci da molti dei problemi che ci affliggono da tempo.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (PCC) sta quindi assumendo il ruolo di trattamento psicologico d'elezione per la stragrande maggioranza dei problemi emotivi e comportamentali.

I concetti fondamentali

La Terapia Cognitivo-Comportamentale è finalizzata a modificare i pensieri distorti, le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi dell'individuo, producendo la riduzione e l'eliminazione del sintomo e apportando miglioramenti duraturi nel tempo.

Si basa sul modello cognitivo, che ipotizza che le emozioni e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla loro percezione degli eventi.

Infatti, spesso non è SOLO la situazione in sé a determinare direttamente ciò che le persone provano, ma è piuttosto il modo in cui esse interpretano certe esperienze: se lo subiscono o no.

All'origine dei disturbi vi è spesso **un modo distorto di pensare, che influenza in modo negativo l'umore e il comportamento del paziente... fino a fare insorgere persino una forma di bipolarismo affettivo...**

Il Disturbo Bipolare è un quadro clinico caratterizzato dall'alternarsi di episodi depressivi e maniacali ad episodi di grande euforia; un singolo episodio di mania può essere sufficiente per la diagnosi, dal momento che in nove casi su dieci di esordio con episodio maniacale si andrà incontro ad un disturbo depressivo.

Mania e depressione non sono due poli opposti, sono due facce della stessa medaglia. Il disturbo bipolare è un disturbo molto ricorrente, tende a ricorrere nella vita dell'individuo tanto da essere talvolta considerato un continuum ciclico, un alternarsi fra episodi e momenti di compenso che gettano il paziente in un vero e proprio sconcerto.

I processi inferenziali del bipolarismo affettivo

L'aspetto centrale dell'interesse cognitivista per il funzionamento mentale riguarda la distinzione delle attività e dei processi cognitivi rappresentati e focalizzati dal B; classicamente sono prese in considerazione le seguenti attività psichiche: immagini, inferenze (deduzioni atte a trarre conclusioni), valutazioni, assunzioni personali, schemi. Le immagini, che sono attività dove le funzioni sensoriali e mnestiche svolgono un ruolo fondamentale, sono prese in considerazione in quanto parte integrante delle rappresentazioni soggettive riguardanti la interpretazione di un dato evento.

Le immagini riflettono direttamente il senso attribuito dal soggetto ad un dato evento ed il contributo dei processi di elaborazione più automatici (regole, assunzioni personali, inferenze).

Le inferenze sono ipotesi che attengono alla presenza o assenza di condizioni fattuali, cioè di eventi attesi nell'A. Alcune inferenze sono elaborate in modo quasi-automatico, e quindi il soggetto non ne è immediatamente cosciente, tanto che Beck le ha definite "pensieri automatici". Le inferenze sono, dunque, anche "predizioni" su ciò che accadrà, sta accadendo o è accaduto; ad ogni evento il soggetto attribuisce delle caratteristiche e delle cause, ma tali attribuzioni sono guidate dalla propria base conoscitiva.

Proprio riguardo ai processi inferenziali sono state definite varie tipologie di errori inferenziali che possono riguardare sia le caratteristiche dello stimolo sia le sue determinanti.

Alcuni errori cognitivi tipicamente considerati nella Psicoterapia Cognitiva sono le **"distorsioni cognitive"** che riguardano il processo di elaborazione dei dati (eventi, fatti, sintomi, pensieri), e attengono alla attribuzione soggettiva di dati che "vanno oltre l'evidenza dei fatti" (Bruner et al., 1956; Johnson Laird, 1993; Giroto, 1994).

Come ha evidenziato Beck (Beck et al., 1976; Alford, Beck, 1997), le distorsioni cognitive sono influenzate dall'umore ma, a loro volta, lo influenzano intensamente.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale sostiene, quindi, **la presenza di una complessa relazione tra emozioni, pensieri e comportamenti, sottolineando come molti dei nostri problemi (tra i quali quelli emotivi) siano influenzati da ciò che facciamo e ciò che pensiamo nel presente, nel qui ed ora.**

Questo vuol dire che agendo attivamente ed energicamente sui nostri pensieri e sui nostri comportamenti attuali, possiamo liberarci da molti dei problemi che ci affliggono da tempo.

In termini molto semplificati possiamo affermare che l'intervento Psicoterapeutico si pone due obiettivi principali: il primo è quello di individuare e definire il tipo di pensiero che accompagna le emozioni negative (per esempio dolore, sconforto, paura); il secondo consiste nel cercare delle modalità alternative, più funzionali, di affrontare le situazioni problematiche.

L'adozione di modalità di pensiero più costruttive conduce a una modificazione dell'esperienza emozionale dolorosa.

Sarà compito del terapeuta individuare le tecniche più appropriate (e le soluzioni, talvolta anche apparentemente un po' bizzarre!) che potranno aiutare la persona (il suo paziente attuale) a raggiungere questi obiettivi, mentre sarà compito di quest'ultimo impegnarsi durante gli incontri e nella vita reale per seguire le indicazioni dell'operatore.

Oltre alle applicazioni psicopatologiche le tecniche cognitivo-comportamentali si dimostrano particolarmente efficaci e rapide per aiutare le persone a risolvere difficoltà di adattamento o crisi evolutive (difficoltà nelle relazioni sociali o nel lavoro, ansia da esame, reazioni disadattive al lutto, difficoltà nella coppia o nella gestione dei figli, ecc.), anche attraverso modalità alternative al trattamento psicoterapico.

Nella psicoterapia cognitivo comportamentale della **<fobia sociale> risulta fondamentale superare le idee di se stessi come persone a rischio di essere giudicate ridicole, incapaci, inadeguate, strane, ecc.**

Inoltre, il sentimento di vergogna e umiliazione che consegue all'espressione di ansia in situazioni di esposizione pubblica è talmente elevato da indurre ad evitarle deliberatamente, con conseguente compromissione del proprio spazio di libertà di azione e notevole riduzione delle opportunità sociali, affettive e lavorative.

Una psicoterapia efficace deve dunque anche costruire gli strumenti per esporsi a quelle situazioni in modo nuovo e più sereno.

La terapia cognitivo-comportamentale (standard)

Cenni di storia

La **psicoterapia cognitiva** è un orientamento terapeutico che si è sviluppato negli Stati Uniti intorno alla fine degli anni sessanta in seguito al lavoro clinico di Aron T. Beck.

Beck si accorse che i pazienti presentavano più flussi di pensieri che scorrevano parallelamente e che alcuni di essi erano direttamente responsabili delle emozioni dolorose provate dalla persona in una data situazione.

Pensò, dunque, che **l'analisi dei pensieri poteva aiutare l'individuo a capire la sofferenza del paziente e le cause dello sviluppo e del mantenimento dei disturbi mentali.**

In seguito a queste osservazioni, l'autore elaborò un modello di **intervento clinico basato sulla riflessione cosciente sulle proprie emozioni e sui pensieri ad esse associati e la messa in discussione dei pensieri che interferivano con l'equilibrio emotivo della persona.**

Questo nuovo tipo di terapia fu chiamato dallo stesso autore **Psicoterapia Cognitiva** in quanto, secondo Beck, il pensiero costituiva sia il problema psicologico primario che la sua cura.

Questo nuovo approccio si distingue dalla psicoanalisi classica in quanto sostiene che le motivazioni della sofferenza mentale e i meccanismi di cambiamento psicologico non sono necessariamente da

ricercare nell'inconscio, ma possono essere compresi a partire dall'analisi dell'esperienza cosciente della persona.

Negli anni successivi gli studi di Beck hanno posto le basi per la nascita di altri tipi di terapia cognitiva, come ad esempio la terapia razionale-emotiva di Albert Ellis, il costruttivismo di George Kelly, la terapia multimodale di Arnold Lazarus, il modello teorico di Michael Mahoney, il cognitivismo post-razionalista di Vittorio Guidano.

Data la numerosità di approcci di orientamento cognitivista che si sono sviluppati negli anni, la terapia di Aron T. Beck è stata rinominata **terapia cognitiva standard**.

La psicoterapia cognitiva può essere più genericamente indicata con la denominazione Terapia Cognitivo-Comportamentale in quanto ricorre spesso all'uso di tecniche di derivazione comportamentista.

Che cos'è la psicoterapia cognitiva standard

La psicoterapia cognitiva è una forma di terapia psicologica che **si basa sul presupposto che vi è una stretta relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti e che i problemi emotivi sono influenzati da ciò che pensiamo e facciamo nel presente**.

La ricerca scientifica, infatti, ha dimostrato che le nostre reazioni emotive e comportamentali sono determinate dal **modo in cui interpretiamo le varie situazioni, quindi dal significato che diamo agli eventi**.

Immaginiamo una situazione esemplificativa: è notte e due persone sono a letto in attesa di prendere sonno, quando improvvisamente sentono un rumore. Uno dei due, un po' seccato, si volta dall'altra parte e prova a riprendere sonno; l'altro, invece, si preoccupa, si alza dal letto e si dirige allarmato verso il luogo di provenienza del rumore. Cosa spiega questi due differenti comportamenti in risposta allo stesso evento? La differente reazione emotiva e comportamentale è determinata dall'interpretazione che i due soggetti fanno del rumore, quindi dai loro pensieri. Probabilmente, infatti, sentendo il rumore la prima persona avrà pensato: "Al vicino sarà caduto qualcosa, domani gli chiederò di fare più attenzione a quest'ora della notte!". La seconda persona, invece, è più probabile che abbia pensato: "Che cosa sarà successo? Staranno rubando qualcosa?". Lo stesso evento, quindi, può portare ad emozioni e comportamenti differenti a seconda di come lo si interpreta. Questo spiega perché una stessa situazione-stimolo può provocare in soggetti diversi, o nello stesso soggetto in momenti differenti, due reazioni completamente opposte.

Perché interpretiamo gli eventi? La spiegazione che fornisce la teoria cognitiva è che le persone cercano di dare un senso a ciò che le circonda e si organizzano l'esperienza per non essere sopraffatte dalla grande quantità di stimoli a cui sono sottoposte ogni giorno. Con il passare del tempo le varie interpretazioni portano ad alcuni convincimenti e apprendimenti, che possono essere più o meno aderenti alla realtà e più o meno funzionali al benessere della persona (Schema).

In altre parole, **lo schema (stile) è una tendenza stabile ad attribuire un certo significato agli eventi**.

Ad esempio, una persona che ha uno schema di sé del tipo "Non sono amabile" penserà che nessuno mai potrà amarlo e può interpretare la fine di una relazione non come un evento che può capitare a tutti e che di solito è influenzato da più fattori, ma come la prova che nessuno lo può amare.

I contenuti degli schemi cognitivi vengono considerati come delle verità assolute. Questi pensieri sono, infatti, più globali, rigidi e ipergeneralizzati rispetto alle altre forme di cognizione. Essi possono riguardare noi stessi (schema di sé), gli altri (schema dell'altro) e la relazione di sé con l'altro (schema interpersonale).

Le convinzioni intermedie sono delle idee o interpretazioni su noi stessi, sugli altri e sul mondo che ci permettono di organizzare l'esperienza, prendere decisioni in tempi brevi e orientarci nelle relazioni con le altre persone. Esse sono più malleabili rispetto alle convinzioni di base. Le convinzioni intermedie sono costituite da opinioni (es. "È umiliante andare all'esame impreparato!"), regole (es. "Devo sempre essere all'altezza della situazione!") e assunzioni (es. **"Se prendo trenta tutti mi stimeranno"**!).

I pensieri automatici, infine, sono le cognizioni più vicine alla consapevolezza conscia e sono delle parole, piccole frasi o immagini che attraversano la mente della persona ad un livello più superficiale

(es. "Sarò sempre un fallito!"). Essi sono facilmente modificabili e sono direttamente responsabili delle emozioni provate dalla persona.

Secondo il modello cognitivo, le convinzioni profonde influenzano le convinzioni intermedie e quelle intermedie influenzano i pensieri automatici; questi, infine, interferiscono direttamente sullo stato emotivo della persona.

Ad esempio, lo schema "Sono un incapace" può portare la persona ad avere la convinzione intermedia "Se non riesco a studiare vuol dire che sono davvero un fallito!"; tale assunzione, infine può far emergere il pensiero automatico "Sono proprio un fallito!".

A cosa serve

Alcune volte le convinzioni che abbiamo su noi stessi, sugli altri o sul mondo possono essere disfunzionali, cioè possono distorcere la realtà delle cose, attivarsi in modo rigido indipendentemente dai contesti, generare pensieri automatici negativi che producono sofferenza.

Il modello cognitivo ipotizza che il pensiero distorto e disfunzionale sia comune a tutti i disturbi psicologici e che sia il responsabile del protrarsi delle emozioni dolorose e della sintomatologia del paziente.

In alcuni casi, infatti, il pensiero distorto e disfunzionale può portare allo sviluppo di circoli viziosi che mantengono la sofferenza nel tempo.

Ad esempio, una persona con depressione può pensare di sé "Sono un fallito!" (pensiero) e provare uno stato di tristezza (emozione); a sua volta, la tristezza porta all'apatia e alla passività nel comportamento, che possono essere interpretate dal soggetto come un ulteriore prova del proprio fallimento personale, in altre parole la persona potrebbe pensare di sé "Sto qui senza fare niente, sono proprio un fallito!" (pensiero); tale interpretazione può generare altra tristezza (emozione) e così via.

Le emozioni negative intense (es. elevati livelli di tristezza, vergogna, colpa o ansia), inoltre, possono essere così dolorose e invalidanti da interferire con le capacità della persona di pensare chiaramente alla soluzione del problema.

Possiamo considerare i disturbi emotivi, dunque, come il prodotto di circoli viziosi che mantengono i sintomi nel tempo.

La terapia cognitiva, pertanto, interviene sui pensieri automatici negativi, sulle convinzioni intermedie e sugli schemi cognitivi disfunzionali al fine di regolare le emozioni dolorose, interrompere i circoli viziosi che mantengono la sofferenza nel tempo e creare le condizioni per la soluzione del problema.

Gli studi scientifici sul trattamento dei disturbi emotivi indicano che se si ottiene una modificazione profonda delle convinzioni si hanno meno probabilità di ricaduta in futuro.

Cosa distingue la terapia cognitiva dalle altre forme di psicoterapia

La terapia cognitiva è fondata scientificamente!

Studi scientifici controllati hanno dimostrato **l'efficacia della terapia cognitiva nel trattamento della maggior parte dei disturbi psicologici, tra cui la depressione maggiore, il disturbo di panico, la fobia sociale, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi dell'alimentazione, le psicosi.**

Altre ricerche condotte sia a livello nazionale (es. Istituto Superiore della Sanità) che internazionale (es. Organizzazione Mondiale della Sanità) hanno dimostrato che la psicoterapia cognitiva ha un'efficacia maggiore o pari agli psicofarmaci nella cura di molte patologie psichiatriche. Se paragonata agli psicofarmaci, inoltre, la terapia cognitiva risulta essere più utile nella prevenzione delle ricadute.

In alcuni disturbi (es. disturbo bipolare, psicosi), tuttavia, il trattamento farmacologico continua ad essere indispensabile.

La terapia cognitiva è orientata allo scopo

Dopo la prima fase di valutazione diagnostica, **terapeuta e paziente stabiliscono insieme quali sono gli obiettivi della terapia ed il piano terapeutico da adottare.**

Generalmente il terapeuta cognitivista interviene dapprima sui sintomi che, al momento, generano maggiore sofferenza poi sugli altri aspetti del disturbo.

Periodicamente si verificano i progressi fatti rispetto agli scopi prefissati, anche mediante valutazioni testologiche.

La terapia cognitiva è centrata sul problema attuale

Lo scopo della terapia è la risoluzione dei problemi attuali del paziente e l'attenzione del terapeuta è rivolta soprattutto al qui ed ora.

In modo particolare **il terapeuta pone la sua attenzione su ciò che nel presente contribuisce a mantenere la sofferenza, pur considerando gli eventi passati e le esperienze infantili come utili fonti d'informazione circa l'origine e l'evoluzione dei sintomi.**

Alcuni esempi di problemi attuali sono la riduzione dei sintomi depressivi, la gestione dell'ansia che porta agli attacchi di panico e la risoluzione dei comportamenti compulsivi.

La terapia cognitiva è basata sulla collaborazione attiva tra terapeuta e paziente

Terapeuta e paziente collaborano attivamente per capire il problema e sviluppare delle strategie adeguate al padroneggiamento della sofferenza generata dal disturbo.

I due decidono l'argomento della seduta e lavorano per identificare, mettere in discussione e sostituire i pensieri disfunzionali che portano allo sviluppo dei problemi emotivi.

La terapia cognitiva utilizza un molteplicità di tecniche

La terapia cognitiva fa uso di una serie di tecniche che servono a gestire gli stati emotivi dolorosi del paziente. Le tecniche che vengono utilizzate variano in base al tipo di problema presentato e alla fase della terapia: **anche le soluzioni sono di vario tipo e genere e <pescono> in diverse altre branche... ma sempre <personalizzate al paziente>!**

Alcune di queste tecniche, tuttavia, non sono di origine cognitivista ma provengono da altri orientamenti; in modo particolare in terapia cognitiva si ricorre spesso all'uso di tecniche di derivazione comportamentista ed è per questo motivo che spesso si parla di terapia cognitivo-comportamentale.

La terapia cognitiva mira a far diventare il paziente terapeuta di se stesso.

Il terapeuta istruisce il paziente sulla natura del suo disturbo, sul processo della terapia e sulle tecniche cognitive e comportamentali.

Il paziente, quindi, viene allenato a prendere consapevolezza del proprio funzionamento mentale e ad utilizzare le tecniche per gestire la propria sofferenza.

L'acquisizione delle abilità di gestione delle emozioni dolorose permette al soggetto di beneficiare del trattamento anche dopo la conclusione della terapia.

Tecnica dell'ABC o monitoraggio dei pensieri automatici

L'ABC è una tecnica con cui terapeuta e paziente possono identificare il contenuto dei pensieri automatici.

Tale tecnica è applicata nel modo seguente: **si chiede al paziente quali sono le emozioni principali coinvolte nella sua esperienza problematica, in quali situazioni insorgono e quali pensieri o immagini (pensieri automatici) le precedono, accompagnano e seguono; poiché le persone di solito hanno difficoltà ad identificare i propri pensieri automatici, il paziente viene, dapprima, allenato a riconoscerli in seduta e, in un secondo momento, viene invitato ad utilizzare questa tecnica di autosservazione durante la settimana.**

La Psicoterapia Cognitiva non è una metodologia coincidente con l'uso di una tecnica né è un trattamento univoco, ma si definisce e si caratterizza sulla base di una prospettiva centrale riguardo la psicologia ed il comportamento, che potremmo racchiudere nella seguente proposizione: la condotta del soggetto è mediata dal significato che egli attribuisce agli eventi interni ed esterni con i quali si mette in relazione.

La sintesi più operativa della prospettiva cognitivista clinica può essere rintracciata nel "modello A-B-C".

Il "modello A-B-C", ben descritto nei lavori di Ellis (primariamente) e Beck (in seguito), è la caratteristica sia teorica sia tecnica che funge da "minimo comune denominatore" dei diversi trattamenti cognitivisti.

Il modello ABC non solo è uno schema teorico utile per concettualizzare le variabili fondamentali connesse alla condotta dell'individuo ma è anche una procedura tramite la quale può essere concretamente attuata una valutazione, una formulazione del caso, una sua pianificazione, ed un trattamento.

L'ABC può essere immaginato come uno schema a tre colonne, la prima delle quali, A, identifica le condizioni antecedenti, gli stimoli, gli eventi. Il B indica le credenze, il pensiero, il ragionamento, le attività mentali che hanno come oggetto gli antecedenti. Il C definisce le conseguenze di queste attività mentali ed identifica reazioni emotive e comportamentali.

(Ellis, 1964, 1994, 1987; De Silvestri 1981a; Dell'Erba, 1998).

Gli strumenti del terapeuta

A differenza di altri terapeuti (es. psicoanalisti), il terapeuta cognitivista è attivamente impegnato nella conversazione con il paziente.

Durante i colloqui, inoltre, utilizza una serie di procedure e tecniche sia cognitive, che comportamentali, al fine di individuare e modificare le convinzioni disfunzionali del paziente e di favorire nuove modalità di gestione della sofferenza.

Il terapeuta sceglie la tecnica da usare in base alla natura del disturbo, alla fase della terapia, agli obiettivi terapeutici e a quanto la persona è motivata a cambiare o al tipo di paziente.

Le tecniche o le procedure più frequentemente utilizzate in psicoterapia cognitiva sono le seguenti.

Dialogo socratico e Scoperta guidata o tecnica della freccia discendente (il progresso)

Il dialogo socratico è un metodo di conduzione del colloquio che consiste in una serie mirata di domande ed osservazioni volte a guidare il paziente alla scoperta delle sue convinzioni disfunzionali e a promuovere in lui un atteggiamento critico nei confronti di queste.

La scoperta guidata è un metodo di conduzione del colloquio che consiste nel chiedere progressivamente al paziente il significato dei suoi pensieri, al fine di rilevare le convinzioni sottostanti che egli ha su se stesso, sulle altre persone e sul mondo.

Problem-solving

In aggiunta ai disturbi psicologici, a volte, i pazienti presentano una specifica difficoltà nel risolvere i problemi della vita quotidiana.

Il problem-solving è una tecnica che viene insegnata al paziente per trovare soluzioni ai problemi della vita reale. Tale tecnica consiste nell'identificazione del problema pratico presentato dal paziente e nella promozione di un atteggiamento attivo rispetto alla soluzione di questo.

Più in dettaglio si chiede al paziente di escogitare diverse soluzioni del problema, di sceglierne una tra queste, di metterla in atto e di valutarne l'efficacia. Inizialmente il terapeuta può assumere un atteggiamento propositivo e suggerire al paziente possibili soluzioni alternative, ma con il passare del tempo egli incoraggerà la persona ad utilizzare autonomamente la tecnica del problem-solving.

Esperimenti comportamentali

Gli esperimenti comportamentali sono dei veri e propri "esperimenti" che terapeuta e paziente progettano insieme in seduta. Questi hanno lo scopo di falsificare le convinzioni (es. aspettative) disfunzionali che sono alla base dei disturbi emotivi del paziente. Una persona con disturbo di panico, ad esempio, può avere la convinzione disfunzionale che le vertigini presenti durante le crisi di ansia portino ad un imminente svenimento. In questo caso potrebbe essere opportuno realizzare questo esperimento comportamentale: terapeuta e paziente insieme fanno degli esercizi di iperventilazione (cioè aumentano la frequenza e la profondità del respiro) per autoindursi un eccesso di ossigeno al cervello e, dunque, un'innocua sensazione di sbandamento. La riproduzione di tale esperimento nel tempo farà costatare al paziente che le vertigini che avverte in certe circostanze sono causate dall'eccesso di ossigeno al cervello dovuto al modo in cui respira (iperventilazione) durante lo stato di ansia e che non si sviene in tali circostanze.

Se sono costruiti in un modo appropriato, gli esperimenti comportamentali sono dei potenti fattori di cambiamento cognitivo ed emotivo.

Promemoria o coping cards

I promemoria sono dei bigliettini su cui il paziente e il terapeuta scrivono le strategie cognitive e comportamentali che il paziente dovrebbe mettere in atto durante la situazione problematica.

Il paziente viene incoraggiato dal terapeuta a tenere i promemoria sempre con sé (es. in tasca, nel portafogli) e ad utilizzarli regolarmente (es. due volte al giorno) o al bisogno.

Esposizione graduale

L'esposizione graduale è una tecnica che consiste nel programmare la modificazione di un comportamento disfunzionale **facendo un piccolo passo alla volta**. Il terapeuta cognitivista chiede al paziente di scomporre l'obiettivo (il comportamento problematico) in sotto-obiettivi di difficoltà minore e di esporsi a questi, ossia di affrontarli, in modo graduale, dal più facile al più difficile.

Prendiamo come esempio una persona con disturbo di panico che, apprese le tecniche di gestione dell'ansia, ha come obiettivo terapeutico quello di riprendere la metropolitana per andare al lavoro. Il terapeuta inviterà il paziente a scomporre questo obiettivo in piccoli passi più facilmente raggiungibili e a realizzarli gradatamente: il primo giorno, ad esempio, il paziente andrà sulla banchina della metropolitana senza prendere il mezzo, il secondo giorno prenderà la metropolitana per una fermata, il terzo giorno per due fermate e così via.

I compiti a casa o homework

I compiti a casa sono una parte importante della terapia cognitiva. Attraverso di essi il terapeuta cerca di estendere le opportunità di regolazione cognitiva, emotiva e comportamentale a tutta la settimana. Esempi di compiti a casa sono l'automonitoraggio dei pensieri automatici negativi attraverso la tecnica dell'ABC e gli esperimenti comportamentali.

Non tutti i pazienti, però, eseguono i compiti a casa.

Gli studi scientifici affermano che i pazienti che si adoperano nei compiti a casa presentano maggiori progressi rispetto a quelli che non lo fanno.

Quanto sin qui detto ci aiuta a comprendere che si tratta di una disciplina scientificamente fondata, la cui validità è suffragata da centinaia di studi, principalmente, ma non solo, per la diagnosi e la cura in tempi brevi di:

- Depressione e disturbo bipolare;
- Ansia, fobie, attacchi di panico e ipocondria;
- Ossessioni e compulsioni;
- Ansia o preoccupazione generalizzate;
- Disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, etc.);
- Stress, disturbi psicosomatici e cefalee;
- Disfunzioni sessuali (eiaculazione precoce, anorgasmia, etc.);
- Abuso e dipendenza da sostanze (alcool, droghe, etc.);
- Disturbi della personalità;
- Insonnia;
- Difficoltà a stabilire e mantenere relazioni sociali e comportamento impulsivo;
- Problemi di coppia;
- Difficoltà nella scuola o nel lavoro;
- Bassa autostima.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale, come suggerisce il termine, combina due forme di terapia estremamente efficaci:

La psicoterapia comportamentale: aiuta a modificare la relazione fra le situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona ha in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione. Aiuta inoltre a rilassare mente e corpo, così da sentirsi meglio e poter riflettere e prendere decisioni in maniera più lucida.

La psicoterapia cognitiva, infine, aiuta ad individuare certi pensieri ricorrenti, certi schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà (modus vivendi come stile di vita e parametri relazionali), che sono concomitanti alle forti e persistenti emozioni negative che vengono percepite come sintomi e ne sono la causa, a correggerli, ad

arricchirli, ad integrarli con altri pensieri più oggettivi, o comunque più funzionali al benessere della persona.

Il trattamento terapeutico cognitivo-comportamentale

Più nello specifico, la psicoterapia cognitivo-comportamentale costituisce il trattamento psicoterapeutico più indicato per bambini, adolescenti e adulti che soffrono di DOC..

Come ogni trattamento di tipo cognitivo-comportamentale si avvale di tecniche cognitive e di tecniche comportamentali.

Le tecniche cognitive servono per stimolare nel paziente il riconoscimento e la regolazione di certi meccanismi mentali che sono alla base del disturbo.

La storia di apprendimento del disturbo (e conseguente terapia comportamentale ai fini della guarigione, la cui entità varia da paziente a paziente) sarà raccolta in diverse fasi del trattamento terapeutico: per la precisione, 4 fasi principali.

- 1. tirare fuori tutto dalla pentola dopo aver tolto il coperchio (svuotare il deposito del rimosso che causa tanti disagi, aiutando il soggetto nella ricerca progressiva della sua vita allo scopo di evidenziare i vissuti che gli hanno causato rabbia e dolore repressi)**
- 2. analizzare quanto emerso (aiutare il paziente a comprendere «perché e per come» perché lo focalizzi e lo rigetti definitivamente)**
- 3. elaborare e concretizzare la soluzione del terapeuta per ogni eventuale rimosso distruttivo (questo prima da parte del terapeuta e poi da parte del paziente in una fedele applicazione/esecuzione della soluzione)**
- 4. perdonare se stessi per prendersene cura (accettarsi e perdonarsi per eliminare ogni senso di colpa vero o presunto)**

Esse servono per favorire la comprensione della propria sofferenza ed eliminarla al massimo per una vita migliore e più libera...

In questo modo è possibile ridimensionare la sensazione di anormalità che solitamente queste persone provano (pensano di non essere «normali»!); certi comportamenti, infatti, possono apparire agli occhi del paziente stesso come una follia incomprensibile e spaventosa.

Gli interventi di tipo cognitivo, inoltre, agiscono su quei processi di pensiero che sono responsabili del mantenimento del disturbo, tra cui: i tentativi di controllo del pensiero, tipici degli ossessivi, l'incapacità di tollerare il rischio, il timore esagerato di essere responsabili o colpevoli di eventuali catastrofi a causa di disattenzioni o errori.

In questo modo, chi soffre di questa patologia impara a dare il giusto peso ai pensieri negativi. Quasi tutte le persone ossessive ritengono, infatti, che avere certi pensieri negativi sia di per se pericoloso o moralmente deplorabile aumentando così il timore di averli.

La terapia cognitiva serve, inoltre, a far capire al paziente le ragioni (intervento psico-educazionale e motivazionale) per cui dovrebbe fare ciò che tutti i familiari gli chiedono e che non riesce a fare, cioè imparare ad accettare le sensazioni spiacevoli generate dall'ansia e a impegnarsi gradatamente a non mettere in atto gli evitamenti e i rituali.

La tecnica più indicata per la cura del disturbo ossessivo-compulsivo è, infatti, l'esposizione con prevenzione della risposta (o exposure and response-prevention – E/RP), che costituisce la parte comportamentale del trattamento. Essa consiste nell'espone gradatamente il paziente al pensiero, immagine o evento temuto e nel fare in modo che resista all'impulso di compiere il cerimoniale.

La procedura è generalmente accompagnata dall'utilizzo del modeling (modo di apprendere copiando velocemente); **il terapeuta, cioè, mostra alla persona con disturbo ossessivo-compulsivo il comportamento da eseguire... e questa deve «copiarlo nella pratica».**

Ad esempio, il terapeuta tocca un oggetto temuto, come la base di una borsa o le scarpe, si passa le mani sui capelli o sui vestiti e chiede al paziente di ripetere tali azioni.

Il terapeuta non forzerà nessun esercizio che non sia stato prima concordato.

Il soggetto si renderà conto, così, che l'ansia si placa anche senza eseguire i rituali, solo più lentamente. I comportamenti di neutralizzazione sono, infatti, il risultato di una storia di

apprendimento sfortunata e **si possono disimparare e sostituire con altri comportamenti. Questo cambierà gradualmente la valutazione del pericolo e attenuerà l'ansia.**

La prima regola del trattamento è quindi quella di **“evitare di evitare”**, questo principio è alla base degli esercizi di esposizione graduata e di prevenzione della risposta.

Sarà necessario, inoltre, interrompere gradualmente qualunque forma richiesta di rassicurazione imparando a gestire la momentanea **ansia associata ai pensieri ossessivi.**